



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé
Argentina

Luzzi, Ana María; Slapak, Sara
Estudio de una población clínica de niños desde una perspectiva epidemiológica
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXII, núm. 1, abril-, 2013, pp. 67-84
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281930494008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE NIÑOS DESDE UNA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

Ana María Luzzi
y Sara Slapak*

Resumen

Estudiamos desde perspectivas epidemiológicas una población clínica de 1804 niños, a lo largo del período 1999-2008. Analizamos sus problemas comportamentales mediante el Child Behaviour Checklist de Achenbach y relevamos variables sociodemográficas mediante una encuesta. Resultados: la población clínica de mujeres tiene una media de puntajes totales levemente superior a la de varones; hay asociaciones estadísticamente significativas entre algunos síndromes y variables sociodemográficas: sexo, edad de niños y padres, educación del padre, estado civil de padres, cantidad de niños en el hogar y nivel de hacinamiento. Conclusiones: en la población consultante no hay variaciones importantes respecto de los problemas comportamentales de los niños y de las características sociodemográficas durante el período considerado, aunque sí hay asociaciones estadísticamente significativas, a lo largo de ese lapso.

Palabras clave: perspectiva epidemiológica, población clínica de niños, variables sociodemográficas, problemas comportamentales, Child Behaviour Checklist.

Key words: epidemiological perspective; children clinical population, socio-demographic variables, behavioural disturbances, Child Behaviour Checklist.

Introducción

Los estudios epidemiológicos son imprescindibles para el diseño de políticas en salud y en salud mental, para la prevención y promoción de la salud y para la elaboración de planes y estrategias asistenciales. Sin embargo, son escasos en América Latina y, en particular respecto de la niñez. Los estudios disponibles sobre población clínica o población general, suelen ser de corte – transversales –. Mencionaremos sólo dos ejemplos, por ser cercanos a nuestra investigación respecto del método y el instrumento utilizado: Montenegro (1984) realizó en Chile un estudio mediante el Child Behaviour Checklist (CBCL) sobre 587 niños escolarizados y las unidades académicas de Psicología de universidades públicas argentinas llevaron a cabo un estudio sobre 5697 niños escolarizados entre 6 y 11 años de edad, mediante el CBCL y una encuesta sociodemográfica (Ministerio de Salud de la Nación- AUAPSI, 2007). Se diferencian de nuestra indagación en que los estudios mencionados refieren a población no clínica y son de corte transversal.

En este trabajo comunicaremos algunos resultados de un estudio financiado por la Universidad de Buenos Aires (Po47 Programación UBACyT 2008-2010 y 20020100100492 Programación UBACyT 2011-14). Analizamos los problemas comportamentales y las características sociodemográficas de una población clínica a lo largo de un período de 10 años, mediante el CBCL y una encuesta construida ad hoc. Nos interesa complementar nuestros estudios empíricos sobre eficacia del proceso psicoterapéutico – estudios de caso - con una mirada que contemple a la población consultante en su conjunto, año por año y a lo largo de una serie de 10 años consecutivos.

Nuestro objetivo es obtener información que nos permita conocer la distribución de frecuencia de síndromes comportamentales en niños escolarizados y su relación con condiciones sociodemográficas y ambientales para detectar grupos de riesgo en la población clínica bajo estudio. Las características del desarrollo infantil demandan discriminar dimensiones psicológicas, psicosociales, familiares, económicas, socioculturales e históricas. Estudiamos las relaciones entre las condiciones de contexto y de vida de los niños consultantes y sus problemáticas comportamentales. La conjunción de estos estudios nos permite profundizar en el conocimiento de esa población y proponer mejoras en los dispositivos

* Ana María Luzzi y Sara Slapak, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
E-Mail: aluzzi7@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 67-84
© 2013 Fundación AIGLÉ.

de asistencia psicoterapéutica y en las estrategias de prevención y promoción de la salud con las instituciones de la comunidad vinculadas a las familias consultantes, en nuestro caso, en el Servicio de Psicología Clínica de Niños (SPCN) de una universidad argentina.

El objetivo general que guía nuestro trabajo es el de identificar los problemas comportamentales que conforman los motivos de consulta más frecuentes y su eventual relación con variables sociodemográficas.

Nuestros objetivos específicos son estimar la prevalencia de problemas comportamentales en los niños/as consultantes y analizar posibles variaciones durante el período estudiado; relevar variables sociodemográficas, sus variaciones durante el período, y analizar posibles asociaciones entre problemas comportamentales y variables sociodemográficas.

Iniciamos nuestras investigaciones desde la perspectiva epidemiológica, sosteniendo las hipótesis de que es posible encontrar: asociaciones entre síndromes y variables sociodemográficas. También variaciones a lo largo del período estudiado, año a año, en la prevalencia de los problemas comportamentales y en los datos sociodemográficos relevados.

En el presente trabajo informamos los resultados obtenidos en la identificación de los problemas comportamentales más frecuentes en los niños de la población bajo estudio y su relación con variables sociodemográficas, lo que nos permite establecer la existencia de grupos de riesgo en esa población y algunas variaciones durante el período estudiado. Respecto de algunas de las variables sociodemográficas, en este trabajo presentamos una comparación con datos extraídos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda cuyos resultados definitivos fueron publicados (INDEC, 2001) y hacemos algunas referencias comparativas con variables sociales relevadas mediante la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) del Barómetro de la Deuda Social en la Infancia (Tuñón, 2010). Cabe aclarar que no nos fue posible hacer análisis comparativos entre nuestros estudios y la investigación del Ministerio de Salud de la Nación -AUAPSI - ya mencionada porque en el nuestro analizamos las escalas del CBCL a partir de la media y el desvío estándar de cada una, y en esa investigación sólo se consideró el puntaje total y se agruparon las distintas puntuaciones en categorías.

Método

Realizamos un estudio descriptivo desde la perspectiva epidemiológica, para la determinación de agrupamientos que permitan categorizar grupos de

riesgo y su asociación con variables sociodemográficas.

Población bajo estudio: 1.804 niños entre 3 y 13 años de edad que recibieron asistencia psicoterapéutica en el SPCN entre 1999 y 2008. Es una población de hogares vulnerables en términos socioeconómicos, cuya única cobertura de salud es el sistema público.

Instrumentos

1) Encuesta sobre datos sociodemográficos: recaba edad de los padres, nivel de educación alcanzado por ellos, estado civil, tamaño de la familia, cantidad de niños en la familia e índice de hacinamiento. Se administra a los padres o adultos responsables.

2) Child Behaviour Checklist (Achenbach, 1991) validado por Samaniego (1998): instrumento con escalas estandarizadas que permite valorar un amplio espectro de manifestaciones psicológicas y tiene utilización transcultural (Samaniego, 2004). Registra problemas comportamentales y competencias de niños entre 4 y 18 años. El instrumento original incluye ítems de competencias sociales y de problemas comportamentales; se solicita a diferentes tipos de informantes (padres, maestros) que estimen la presencia, frecuencia o severidad de problemas de conducta seleccionados: 0=No es cierto; 1=Es cierto algunas veces o de cierta manera; 2=Es muy cierto o a menudo cierto. El puntaje total se obtiene a partir de la suma de los valores en cada ítem. El cuestionario utilizado en este caso es la versión para padres y contiene 118 ítems de problemas comportamentales. Se trata de una aproximación estadística multivariada, que revela la variación entre los problemas reportados. Los síndromes derivados empíricamente sólo reflejan tendencias respecto de la convergencia de ciertos problemas comportamentales; no conforman un psicodiagnóstico de los casos estudiados.

Mediante este método basado en un modelo dimensional de clasificación en psicopatología infantil, que concibe el desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo donde todos los individuos ocupan una posición, presentando el trastorno en un grado mayor o menor, Achenbach obtuvo 9 escalas estrechas: problemas de pensamiento, quejas somáticas, problemas sociales, conducta antisocial, retraimiento, problemas sexuales, problemas de atención, ansioso-depresivo, agresividad y 2 escalas ampliadas de síndromes: internalizante y externalizante (Slapak y cols., 2002, 2004, 2008).

Procedimientos:

Utilizamos el CBCL y la Encuesta sobre datos sociodemográficos para la investigación epide-

miológica, como instrumentos de screening y para orientar el diseño de dispositivos asistenciales. En el SPCN, los profesionales a cargo de la admisión, administran los instrumentos a todos los padres o adultos responsables y sus resultados se incorporan a la historia clínica de cada paciente ya que tienen también para nosotros un valor clínico porque aportan elementos de juicio que completan el diagnóstico. Además, y como subproducto, hemos encontrado que su administración favorece que el adulto responsable, muchas veces por primera vez, “construya” dentro de su espacio mental al niño por el que consulta, lo que contribuye al incremento de su capacidad de contención emocional.

Año a año, a partir de la aplicación de los instrumentos mencionados, efectuamos estudios descriptivos de distribución de frecuencias y de asociaciones entre variables mediante el análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados

1) Encuesta sobre datos sociodemográficos

Frecuencia de niños consultantes: el número total durante el período analizado es de 1.804 niños consultantes y su distribución año por año es prácticamente uniforme.

Distribución por sexo de los niños consultantes: 1.278 varones (70,8%) y 526 mujeres (29,2%), con muy pequeñas variaciones a lo largo del período estudiado.

Distribución por edad de los niños consultantes: 830 niños entre 9 y 12 años (46,0%), 774 niños entre 6 y 8 años (42,9%), 169 menores de 6 años (9,4%) y 31 niños mayores de 13 años (1,7%).

Distribución por grado de escolaridad de los niños consultantes: 956 niños están cursando los primeros 3 años del nivel primario (53%), 189 niños están en preescolar (10,5%) y 637 niños cursan los últimos tres años del nivel primario (35,4%). Estas proporciones se mantienen a lo largo del período estudiado.

Padres o adultos responsables que solicitan la consulta: 1452 (80,5%) son las madres y 175 (9,7%) son adultos no progenitores del niño (otros parientes, vecinos, trabajadores sociales), proporción que se mantiene constante.

Edad de los padres: 845 madres (46,8%) y 557 padres (30,9%) tienen entre 25 y 34 años; 610 madres (33,8%) y 596 padres (33%) tienen entre 35 y 44; 188 madres (10,4%) y 360 padres (20%) tienen entre 45 y 65 años. En el lapso estudiado no encontramos variaciones aunque desde 2006 hay una tendencia en aumento de padres varones entre 25 y 34 años. Cabe consignar que 78 adultos responsa-

bles (4,3%) informaron que desconocían la edad de la madre y 265 (14,7%) afirmaron que ignoraban la edad del padre del niño.

Nivel de educación de los padres: 178 madres (9,9%) y 117 padres (6,5%) alcanzaron un nivel terciario o universitario completo/incompleto; 823 madres (45,6%) y 685 padres (38%) alcanzaron el nivel secundario completo/incompleto; 751 madres (41,6%) y 833 padres (46,2%) completaron la educación primaria. No encontramos variaciones importantes a lo largo del período. Cabe subrayar que 52 adultos responsables (2,9%) informaron desconocer el nivel educativo alcanzado por las madres y 169 adultos (9,4%) afirmaron ignorar el nivel educativo alcanzado por el padre del niño.

Estado civil de los padres: 843 padres manifiestan estar separados o divorciados (46,7%); 839 están casados o unidos (46,5%), y 122 son viudos (6,8%). La proporción se mantiene constante durante el período analizado.

Características de los hogares: 359 hogares están compuestos por 2 ó 3 miembros (19,9%), 960 hogares están compuestos por 4 ó 5 miembros (47,7%) y 585 hogares tienen 6 ó más miembros (32,4%). No encontramos diferencias por año de relevamiento.

Nivel de hacinamiento: relevamos 359 hogares (19,9%) con índice bajo (2 personas por cuarto), 545 hogares (30,2%) con nivel medio (3 por cuarto) y 900 hogares (49,9%) con nivel alto (más de 4 por cuarto), sin variaciones por año de relevamiento.

Distribución según cantidad de niños en la familia: familias con 1 niño: 21,3%; con 2 niños: 32,6%; con 3 ó 4 niños: 33,9% y con 5 ó más niños: 12,2%.

2) Child Behaviour Checklist

Promedio total y promedio de puntajes de síndromes: la media total es 57,94; la media del “externalizante”: 21,75 y la del “internalizante”: 16,00; escalas estrechas con medias altas: “agresividad”: 17,40; “ansioso-depresivo”: 9,17; “problemas de atención”: 8,70 (TABLA 1).

Distribución por sexo y año de relevamiento: las mujeres tienen valores algo mayores que los varones en el promedio total de las escalas (58,87 y 57,56 respectivamente), en el “internalizante” (17,56 y 15,36 respectivamente) y en la escala “ansioso-depresivo” (9,95 y 8,84 respectivamente); los varones presentan valores mayores que las mujeres en “externalizante” (22,44 y 20,07 respectivamente), en “agresividad” (17,77 y 16,50) y en “problemas de atención” (8,78 y 8,51). No se registran variaciones importantes durante el período estudiado (TABLA 2).

Asociaciones entre los valores de las escalas de

síndromes del CBCL y las variables sociodemográficas por medio del cálculo de ANOVA de un tratamiento:

Año del relevamiento: no hay asociaciones estadísticamente significativas, ya que todos los valores de los estadísticos superan el valor de $\alpha = 0,005$.

Sexo: se encuentran asociaciones estadísticamente significativas con “retraimiento” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “quejas somáticas” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “ansioso depresivo” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) e “internalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), con promedios mayores para las mujeres. Se encuentran asociaciones estadísticamente significativas con “conducta antisocial” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “agresividad” (sig. =0,003; $\alpha=0,005$) y “externalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), con promedios mayores para los varones (TABLA 3).

Edad del niño: hay asociaciones estadísticamente significativas con “retraimiento” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “quejas somáticas” (sig.=0,001; $\alpha=0,005$), “ansioso-depresivo” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “problemas sociales” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “problemas de atención” (sig.=0,003; $\alpha=0,005$), e “internalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$). En todas ellas a medida que aumenta la edad del niño, se incrementan los valores promedios (TABLA 4).

Edad de la madre: encontramos asociaciones estadísticamente significativas con “quejas somáticas” en las madres de 45 años o más (sig.=0,000; $\alpha=0,005$); con “agresividad” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$)

y “externalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) en madres menores de 25 años; y con el total general (sig.=0,002; $\alpha=0,005$) en el rango de madres entre 25 a 34 años. (TABLA 5).

Edad del padre: entre 25 y 34 años hay asociación estadísticamente significativa con “problemas de atención” (sig.=0,003; $\alpha=0,005$), “agresividad” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “externalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) y con el total general (sig.=0,005; $\alpha=0,005$) (TABLA 6).

Educación de la madre: no hay asociaciones estadísticamente significativas ya que todos los valores de los estadísticos superan el valor de $\alpha = 0,005$.

Educación del padre: con menor nivel educativo hay asociación estadísticamente significativa en “problemas sociales” (sig.=0,002; $\alpha=0,005$), “problemas de atención” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) y en el total general (sig.=0,002; $\alpha=0,005$). (TABLA 7).

Estado civil: hay asociaciones estadísticamente significativas con “problemas sociales” (sig.=0,005; $\alpha=0,005$), “conducta antisocial” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$), “agresividad” (sig.=0,003; $\alpha=0,005$), “externalizante” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) y en el total general (sig.=0,003; $\alpha=0,005$) en padres separados o divorciados (TABLA 8).

Cantidad de miembros en el hogar: no hay asociaciones ya que todos los valores de los estadísticos superan el valor de $\alpha = 0,005$.

Cantidad de niños: asociaciones estadísticamente significativas en “retraimiento” (sig.=0,000; $\alpha=0,005$) y “conducta antisocial” (sig.=0,005; $\alpha=0,005$)

Tabla 1. Resultados del Child Behaviour Checklist (CBCL)

SÍNDROMES	TOTAL			
	MEDIA	DESV. EST.	MIN.	MAX.
Problemas sexuales	0,46	1,04	0	11
Retraimiento	5,51	3,65	0	18
Quejas somáticas	1,85	2,21	0	15
Ansioso-depresivo	9,17	5,02	0	28
Problemas sociales	4,91	2,93	0	31
Problemas pensamientos	1,21	1,64	0	11
Problemas de atención	8,70	4,12	0	38
Conducta antisocial	4,35	3,20	0	27
Agresividad	17,40	8,23	0	40
Internalizante	16,00	8,31	0	49
Externalizante	21,75	10,58	0	54
Total	57,94	23,13	4	147
N	1.804			

Tabla 2. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de escalas CBCL, Año de Relevamiento y Sexo del Niño

ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL	AÑO												TOTAL											
	1999		2000		2001		2002		2003		2004			2005		2006		2007		2008				
	SEXO	V	SEXO	M	SEXO	V	SEXO	M	SEXO	V	SEXO	M		SEXO	V	SEXO	M	SEXO	V	SEXO	M	SEXO	V	
PROBLEMAS SEXUALES	\bar{X}	0,34	0,32	0,67	0,62	0,51	0,41	0,49	0,49	0,36	0,53	0,63	0,42	0,39	0,42	0,62	0,37	0,37	0,46	0,41	0,43	0,37	0,47	0,45
	σ	0,60	0,92	1,29	1,29	0,96	1,36	1,04	0,95	0,85	1,10	1,43	0,76	1,03	1,06	0,93	1,01	1,09	0,95	0,78	1,06	1,06	1,03	1,04
RETRAIMIENTO	\bar{X}	6,28	5,00	6,51	5,35	7,08	4,77	6,61	4,79	5,46	6,18	5,66	5,88	5,69	4,97	5,16	5,16	5,93	5,26	6,49	5,25	6,06	5,29	5,29
	σ	4,41	3,53	3,90	3,96	4,06	3,69	4,08	3,50	3,36	3,10	3,22	3,80	3,12	3,44	3,24	3,87	3,47	3,68	4,05	3,28	3,70	3,70	3,61
QUEJAS SOMÁTICAS	\bar{X}	1,79	1,91	2,45	1,50	2,76	1,34	2,21	1,46	2,14	2,00	2,39	2,12	2,38	1,57	1,63	2,03	2,00	1,64	1,51	1,62	1,62	2,16	1,73
	σ	2,79	2,23	2,49	2,18	2,87	1,90	2,31	1,99	2,64	1,94	2,67	2,47	2,50	1,86	1,72	2,20	2,46	1,96	1,56	1,93	2,48	2,48	2,08
ANSIOSO-DEPRESIVO	\bar{X}	10,21	8,06	10,02	8,97	10,33	8,02	9,93	8,46	9,84	10,06	9,61	9,17	9,24	8,88	8,98	9,05	11,50	8,41	9,49	9,26	9,95	8,95	8,84
	σ	5,24	4,78	5,36	5,52	5,68	5,23	4,21	4,78	5,38	4,81	4,71	5,56	5,24	4,72	4,31	4,84	5,08	4,51	4,37	5,17	5,17	5,02	4,99
PROBLEMAS SOCIALES	\bar{X}	5,02	5,28	5,11	5,42	5,82	4,38	5,77	4,64	5,33	4,77	4,71	5,06	4,87	4,78	5,14	4,89	5,00	4,44	4,29	4,80	5,14	4,82	4,82
	σ	2,52	2,99	3,50	2,96	3,90	2,99	3,33	2,87	3,10	2,54	2,50	3,67	2,80	2,81	2,70	2,82	2,50	2,62	2,37	2,73	2,99	2,99	2,91
PROBLEMAS PENSAMIENTO	\bar{X}	1,32	0,72	1,64	1,19	1,04	1,18	1,53	1,26	1,54	1,23	1,05	1,60	1,13	0,84	1,33	1,05	1,46	1,27	1,26	1,02	1,35	1,16	1,16
	σ	1,48	1,34	1,73	1,71	1,38	1,78	1,85	1,94	1,78	1,45	1,34	1,74	1,36	1,22	1,57	1,40	1,67	1,89	1,29	1,71	1,58	1,67	1,67
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	\bar{X}	8,79	8,67	9,91	9,76	9,33	8,59	9,30	8,75	8,44	9,05	8,08	9,03	7,31	8,89	7,98	8,71	8,07	7,92	7,23	9,00	8,51	8,78	8,78
	σ	4,06	4,08	4,82	4,09	4,20	4,20	4,27	3,99	4,66	3,83	4,04	4,75	3,72	3,56	3,88	4,02	2,87	4,15	4,59	3,81	4,21	4,08	4,08
CONDUCTA ANTISOCIAL	\bar{X}	3,77	4,87	3,84	4,69	3,57	4,57	3,96	4,26	3,71	5,08	3,75	4,55	3,67	5,31	3,19	4,67	2,93	4,13	3,03	5,02	3,57	4,67	4,67
	σ	3,22	3,09	3,10	2,67	3,23	3,14	2,78	3,07	2,83	3,30	3,26	3,26	3,13	3,47	2,85	3,33	1,91	3,11	2,51	4,10	2,90	3,26	3,26
AGRESIVIDAD	\bar{X}	16,49	16,92	15,98	17,71	17,35	15,62	17,65	16,45	16,96	18,92	15,80	18,14	16,22	18,98	16,79	19,04	16,57	17,33	14,31	18,55	16,50	17,77	17,77
	σ	7,22	8,46	7,96	8,02	8,32	8,54	8,38	7,93	7,93	8,29	7,26	7,67	7,69	8,33	9,51	8,82	6,44	8,24	8,58	8,88	7,88	8,34	8,34
INTERNALIZANTE	\bar{X}	17,70	14,56	18,33	15,30	19,57	13,73	18,05	14,29	16,95	17,64	17,15	16,55	16,49	14,94	15,28	15,74	18,71	14,86	16,89	15,59	17,56	15,36	15,36
	σ	9,30	8,19	9,18	9,09	9,51	8,15	7,71	7,82	8,65	7,38	7,69	9,27	7,99	7,78	6,70	8,34	8,30	7,83	7,71	7,92	8,36	8,21	8,21
EXTERNALIZANTE	\bar{X}	20,26	21,79	19,82	22,41	20,92	20,18	21,61	20,71	20,68	24,01	19,54	22,69	19,89	24,29	19,98	23,71	19,50	21,46	17,34	23,57	20,07	22,44	22,44
	σ	9,08	10,47	10,09	9,80	10,37	10,88	10,55	10,31	10,21	10,62	9,82	10,02	10,36	11,00	11,64	11,66	7,88	10,44	10,39	12,00	10,00	10,74	10,74
TOTAL	\bar{X}	59,40	55,50	60,93	59,07	62,55	52,52	63,11	54,68	59,60	62,45	56,78	60,33	56,53	59,06	55,49	59,06	58,82	54,63	51,89	58,80	58,87	57,56	57,56
	σ	20,86	22,71	24,86	24,02	25,06	24,37	22,79	22,87	23,39	21,64	21,17	24,53	23,84	21,90	21,53	23,85	17,69	23,62	22,32	23,12	22,47	23,39	23,39

Tabla 3. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de Escalas de Síndromes CBCL Según Sexo del Niño

ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																		
Sexo del niño	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas de pensamiento		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Masculino	,45	1,04	0 11	5,29	3,61	0 18	1,73	2,08	0 14	8,84	4,99	0 28	4,82	2,91	0 31	1,16	1,67	0 11
Femenino	,47	1,03	0 7	6,06	3,70	0 18	2,16	2,48	0 15	9,95	5,02	0 26	5,14	2,99	0 22	1,35	1,58	0 8
Total	,46	1,04	0 11	5,51	3,65	0 18	1,85	2,21	0 15	9,17	5,02	0 28	4,91	2,93	0 31	1,21	1,64	0 11
Sig. Anova	0,733			0,000			0,000			0,000			0,933			0,026		
ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																		
Sexo del niño	Problemas de atención			Conducta antisocial			Agresividad			Internalizante			Externalizante			Total		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Masculino	8,78	4,08	0 38	4,67	3,26	0 27	17,77	8,34	0 40	15,36	8,21	0 49	22,44	10,74	1 54	57,56	23,39	4 143
Femenino	8,51	4,21	0 21	3,57	2,90	0 16	16,50	7,88	0 40	17,56	8,36	1 45	20,07	10,00	0 53	58,87	22,47	6 147
Total	8,70	4,12	0 38	4,35	3,20	0 27	17,40	8,23	0 40	16,00	8,31	0 49	21,75	10,58	0 54	57,94	23,13	4 147
Sig. Anova	0,198			0,000			0,003			0,000			0,000			0,275		

Tabla 4. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de Síndromes CBCL según Edad del Niño

ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																		
Edad de Niño	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas pensamiento		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Menos de 6 años	0,59	1,12	0 6	4,64	3,10	0 16	1,41	1,96	0 9	7,22	4,23	0 19	4,11	2,29	0 12	,97	1,42	0 7
Entre 6 y 8 años	0,47	1,04	0 8	5,09	3,47	0 18	1,72	1,99	0 11	8,86	4,93	0 26	4,84	2,91	0 31	1,14	1,61	0 11
Entre 9 y 12 años	0,42	1,02	0 11	6,02	3,80	0 18	2,05	2,38	0 15	9,82	5,12	0 28	5,14	3,04	0 22	1,31	1,70	0 11
13 años y más	0,42	1,18	0 5	7,13	4,48	0 16	2,29	3,28	0 12	9,94	5,29	1 19	5,06	3,17	0 12	1,71	1,92	0 6
Total	0,46	1,04	0 11	5,51	3,65	0 18	1,85	2,21	0 15	9,17	5,02	0 28	4,91	2,93	0 31	1,21	1,64	0 11
Sig. Anova	0,303			0,000			0,001			0,000			0,000			0,013		
ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																		
Edad de Niño	Problemas de atención			Conducta antisocial			Agresividad			Internalizante			Externalizante			Total		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Menos de 6 años	7,61	3,54	0 19	3,73	2,48	0 11	17,70	7,05	3 36	12,93	6,82	0 33	21,43	8,76	3 46	54,43	19,72	8 107
Entre 6 y 8 años	8,72	4,20	0 38	4,27	3,04	0 27	17,75	8,15	0 40	15,21	8,04	0 45	22,01	10,34	1 54	57,49	23,17	4 147
Entre 9 y 12 años	8,88	4,10	0 21	4,53	3,43	0 20	17,06	8,44	0 40	17,27	8,52	0 49	21,58	11,06	0 54	59,01	23,42	8 143
13 años y más	9,35	4,65	1 20	5,10	3,66	1 14	16,16	10,00	2 40	18,55	9,83	1 41	21,26	12,85	5 54	59,61	29,50	12 127
Total	8,70	4,12	0 38	4,35	3,20	0 27	17,40	8,23	0 40	16,00	8,31	0 49	21,75	10,58	0 54	57,94	23,13	4 147
Sig. Anova	0,003			0,011			0,288			0,000			0,825			0,107		

Tabla 5. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de Síndromes CBCL según Edad de la Madre

ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
Edad de la Madre	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas pensamiento								
	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max						
Menos de 25 años	0,45	1,07	0	5	5,28	2,83	0	11	1,86	2,07	0	8	8,08	3,85	1	18	4,57	2,60	0	12	1,05	1,28	0	5
De 25 a 34 años	0,49	1,09	0	8	5,60	3,67	0	18	1,98	2,27	0	15	9,41	5,14	0	28	4,91	2,84	0	22	1,31	1,75	0	11
De 35 a 44 años	0,38	0,83	0	6	5,56	3,78	0	18	1,56	2,04	0	15	9,03	4,97	0	27	4,87	2,87	0	15	1,05	1,50	0	11
De 45 a 65 años	0,49	1,29	0	11	5,47	3,50	0	17	2,20	2,42	0	11	9,58	5,03	0	24	5,30	3,00	0	16	1,40	1,76	0	10
Total	0,45	1,03	0	11	5,55	3,65	0	18	1,85	2,21	0	15	9,23	5,02	0	28	4,92	2,86	0	22	1,21	1,65	0	11
Sig. Anova	0,234			0,870			0,000			0,064			0,180			0,006								
ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
Edad de la Madre	Problemas de atención			Conducta antisocial			Agresividad			Internalizante			Externalizante			Total								
	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max	\bar{X}	σ	Max						
Menos de 25 años	8,72	3,99	1	17	4,30	2,80	0	16	19,00	7,90	4	38	14,76	6,61	2	34	23,30	9,72	4	46	58,55	21,17	18	106
De 25 a 34 años	8,89	4,15	0	21	4,61	3,22	0	20	18,25	8,22	0	40	16,43	8,54	1	45	22,85	10,65	1	54	60,14	23,63	8	147
De 35 a 44 años	8,59	3,85	0	20	4,45	3,45	0	27	16,59	8,08	0	40	15,64	8,17	0	49	20,73	10,29	0	54	55,52	21,89	6	128
De 45 a 65 años	8,36	4,25	0	19	3,98	3,29	0	16	16,05	8,30	2	38	16,68	8,22	1	44	20,03	10,88	2	54	57,59	23,40	8	141
Total	8,72	4,05	0	21	4,36	3,19	0	27	17,46	8,21	0	40	16,10	8,30	0	49	21,82	10,57	0	54	58,15	22,97	6	147
Sig. Anova	0,314			0,015			0,000			0,100			0,000			0,002								

Tabla 6. Promedio y Desvío Estándar de Escalas de Síndromes CBCL según Edad del Padre

Edad del Padre	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
	Problemas sexuales		Retraimiento		Quejas somáticas		Ansioso-depresivo		Problemas sociales		Problemas pensamiento														
	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.									
Menos de 25 años	0,62	1,20	0	5	5,58	3,41	0	11	1,81	1,65	0	6	9,19	5,21	2	24	3,92	2,28	0	9	1,42	1,68	0	6	
De 25 a 34 años	0,48	1,07	0	6	5,55	3,73	0	18	1,82	2,10	0	15	9,28	4,90	0	26	4,97	2,83	0	22	1,30	1,75	0	11	
De 35 a 44 años	0,49	1,05	0	8	5,52	3,77	0	18	1,79	2,26	0	14	8,83	5,08	0	28	4,90	2,88	0	15	1,13	1,54	0	11	
De 45 a 65 años	0,39	0,96	0	11	5,43	3,54	0	17	1,76	2,16	0	15	9,14	4,88	0	26	4,89	2,89	0	16	1,08	1,62	0	11	
Total	0,46	1,04	0	11	5,51	3,69	0	18	1,79	2,17	0	15	9,07	4,97	0	28	4,91	2,85	0	22	1,19	1,64	0	11	
Sig. Anova										0,979				0,486						0,343					0,150

Edad del Padre	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
	Problemas de atención		Conducta antisocial		Agresividad		Internalizante		Externalizante		Total														
	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.									
Menos de 25 años	7,77	4,24	1	18	4,50	2,79	0	12	18,12	6,96	6	31	15,96	8,21	4	35	22,62	9,02	8	42	58,38	24,13	21	119	
De 25 a 34 años	9,06	4,17	0	20	4,49	3,06	0	18	18,42	8,24	0	40	16,08	8,24	1	45	22,90	10,50	1	53	60,10	23,11	15	147	
De 35 a 44 años	8,82	4,00	0	21	4,31	3,29	0	27	17,10	8,12	1	40	15,66	8,55	0	49	21,41	10,47	1	54	57,12	23,48	8	143	
De 45 a 65 años	8,09	3,94	0	20	4,00	3,11	0	16	15,79	8,15	0	38	15,81	7,96	0	45	19,79	10,49	0	54	54,68	21,28	6	141	
Total	8,72	4,06	0	21	4,30	3,16	0	27	17,29	8,21	0	40	15,85	8,29	0	49	21,59	10,52	0	54	57,65	22,93	6	147	
Sig. Anova										0,003				0,000						0,000					0,005

Tabla 7. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de CBCL según Nivel Educativo alcanzado por el Padre

Máximo Nivel de Educación Alcanzado del padre	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																	
	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas de pensamiento		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Hasta primaria Completa	0,46	0,99	0 8	5,76	3,70	0 18	1,84	2,22	0 15	9,29	4,97	0 27	5,14	2,98	0 22	1,19	1,60	0 11
Secundaria Incompleta/ Completa	0,48	1,12	0 11	5,26	3,63	0 18	1,82	2,09	0 12	9,09	5,05	0 28	4,78	2,78	0 14	1,24	1,76	0 11
Terciario o Universitario Incompleta / Completa	0,38	0,97	0 8	5,06	3,49	0 15	1,91	2,45	0 14	8,62	5,06	1 22	4,24	2,78	0 12	1,12	1,33	0 6
Total	0,46	1,04	0 11	5,50	3,67	0 18	1,84	2,18	0 15	9,16	5,01	0 28	4,92	2,89	0 22	1,21	1,65	0 11
Sig. Anova	0,602			0,012				0,915			0,361			0,002			0,748	
Máximo Nivel de Educación Alcanzado del padre	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																	
	Problemas de atención			Conducta antisocial			Agresividad			Internalizante			Externalizante			Total		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Hasta primaria Completa	9,09	4,04	0 21	4,58	3,21	0 18	17,79	8,24	0 40	16,33	8,38	1 49	22,37	10,63	0 54	59,60	23,18	10 147
Secundaria Incompleta/ Completa	8,48	4,00	0 20	4,14	3,26	0 27	17,19	8,36	1 38	15,70	8,18	0 44	21,33	10,76	1 54	56,91	23,07	4 143
Terciario o Universitario Incompleta / Completa	7,37	4,02	0 16	3,98	3,10	0 16	15,62	7,36	3 40	15,03	8,37	1 45	19,61	9,64	3 49	52,36	21,77	20 127
Total	8,71	4,05	0 21	4,35	3,23	0 27	17,38	8,25	0 40	15,97	8,30	0 49	21,73	10,64	0 54	57,96	23,11	4 147
Sig. Anova	0,000			0,015				0,020			0,149			0,013			0,002	

$\alpha=0,005$) a medida que aumenta la cantidad de niños en la familia (TABLA 9).

Hacinamiento: hay asociación estadísticamente significativa con “retraimiento” ($\text{sig.}=0,001$; $\alpha=0,005$): a medida que aumenta el nivel de hacinamiento se observan mayores valores en esa escala (TABLA 10).

Discusión

Este estudio se realizó sobre una población de hogares vulnerables, que según la EDSA (Tuñón, 2010) abarca el 60,7% de los niños y adolescentes argentinos y el 37% de la población que sólo tiene cobertura en el sistema público de salud. Los resultados de nuestro estudio difieren de algunos datos de la población general de referencia relevados mediante el Censo Nacional; interesa destacar las diferencias respecto de la distribución por sexo, nivel de educación de padres varones, y nivel de hacinamiento, indicadores cuyos valores en la población clínica bajo estudio tienen asociación estadísticamente significativa con algunos síndromes contemplados en el CBCL.

Respecto de la distribución por sexo, la población de niños entre 3 y 13 años de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes, localidades de las que provienen los consultantes al SPCN, es bastante uniforme (50,6% de varones y 49,4% de mujeres), a diferencia de la población bajo estudio (70,8% y 29,2% respectivamente).

Respecto del nivel educativo de padres varones, en la población general el 16,5% alcanzó un nivel terciario o universitario completo/incompleto, el 40,7% el nivel secundario completo/incompleto y el 42,8% completó la educación primaria. Según la EDSA (Tuñón, 2010), cerca del 16% de los niños y adolescentes argentinos tiene un nivel educativo familiar promedio terciario o universitario completo/incompleto; el 55% tiene secundaria completa/incompleta y cerca del 30% completó la educación primaria, a diferencia de la población consultante, cuyos padres son menos instruidos en términos generales (9,9%, 38% y 46% respectivamente).

Respecto del hacinamiento -refiere a la relación entre número de personas en una vivienda y el número de cuartos disponibles-, constituye un indicador valioso de las condiciones materiales de vida (SIEMPRO, 2000). La población general de referencia tiene 76,8% de nivel bajo, 12,8% de nivel medio y 10,4% de nivel alto, valores que contrastan fuertemente con los de nuestra población (19,9%, 30,2% y 49,9% respectivamente) y acentúan, por ende, la caracterización de la población bajo estudio como perteneciente a hogares vulnerables.

Como ya hemos descripto, encontramos diferencias en el promedio de los puntajes de las escalas

del CBCL. Respecto de nuestras hipótesis iniciales no hallamos variaciones importantes a lo largo del período estudiado en los valores de problemas comportamentales, ni en las variables sociodemográficas. En cambio, encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre algunas variables sociodemográficas y algunos problemas comportamentales.

Respecto de la asociación entre algunos síndromes y sexo y edad del niño, los problemas comportamentales de las mujeres muestran revestir mayor seriedad, puesto que presentan valores algo más altos que los varones en el promedio total de las escalas, aunque es menor su proporción en la población consultante. Ya en nuestras primeras investigaciones sobre el tema (Sautu, R., Slapak, S., Di Virgilio, M., Luzzi, A.M. y Martínez Mendoza, R., 1999, 1996) habíamos observado y registrado que las manifestaciones de conducta de las niñas son más solapadas y “silenciosas” y menos molestas familiar y socialmente que las de los varones. En el estudio que estamos considerando, efectivamente, las mujeres tienen valores más altos en el “internalizante” y en el “ansioso-depresivo”, presentando asociaciones estadísticamente significativas con esas escalas, entre otras, todas las cuales responden a síndromes cuyas manifestaciones son menos perturbadoras del ambiente, pero no por eso menos serias.

El análisis psicológico y psicosocial de las historias clínicas nos revela que las diferencias de género inciden tempranamente en las condiciones de vida: el cuidado del hogar y de hermanos menores suele recaer sobre las niñas, lo que afecta su rendimiento escolar y determina lo que se denomina déficit educativo: las niñas suelen cursar años anteriores a los que les corresponde por edad o abandonan la escuela. Registramos asimismo que la consulta por las mujeres se realiza tardíamente, cuando la patología se agrava, por lo que, según nuestros estudios, la población infantil femenina constituye un grupo de riesgo.

Además de la necesidad del diseño y desarrollo de políticas públicas referidas a la niñez, en particular la niñez en poblaciones vulnerables y en especial atendiendo a diferencias de género, en nuestro trabajo clínico de base comunitaria atendemos al trabajo cooperativo con los educadores para el logro de un incremento en la capacidad de observación de sus alumnos, lo que incluye afinar la mirada sobre las niñas para visibilizar sus actitudes, comportamientos y rendimiento académico, que suelen pasar desapercibidos en comparación con los de los varones. Construimos al efecto, un instrumento autoadministrable (Luzzi y cols., 2010), algunos de cuyos objetivos son propiciar la detección precoz de problemáticas sociales, psicosociales y psicológi-

Tabla 8. Promedio y Desvío Estándar de los Puntajes de CBCL según Estado Civil de los Padres

Estado Civil	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																	
	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas pensamiento		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Casado o unido	0,42	0,97	0 11	5,30	3,57	0 18	1,82	2,18	0 14	8,91	4,88	0 25	4,96	2,90	0 22	1,11	1,58	0 11
Separado o divorciado	0,51	1,12	0 8	5,74	3,72	0 18	1,86	2,17	0 15	9,48	5,11	0 28	4,96	2,84	0 15	1,29	1,68	0 11
Viudo/a	0,32	0,83	0 5	5,39	3,75	0 15	1,97	2,62	0 14	8,79	5,23	0 21	4,05	2,76	0 13	1,40	1,79	0 8
Total	0,46	1,04	0 11	5,51	3,66	0 18	1,85	2,21	0 15	9,17	5,02	0 28	4,90	2,87	0 22	1,21	1,64	0 11
Sig. Anova	0,076			0,047			0,791			0,046			0,005			0,043		
Estado Civil	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																	
	Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas pensamiento		
	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.	\bar{X}	σ	Mín. Máx.
Casado o unido	8,56	3,97	0 21	3,94	3,06	0 27	16,78	8,07	0 40	15,62	8,04	0 49	20,73	10,25	0 54	56,30	21,93	6 141
Separado o divorciado	8,87	4,11	0 21	4,69	3,21	0 20	18,10	8,25	0 40	16,46	8,46	0 45	22,79	10,62	1 54	59,90	23,58	8 147
Viudo/a	8,31	4,46	0 20	4,75	3,71	0 18	16,76	8,87	1 40	15,50	8,95	0 45	21,50	11,87	2 54	55,46	26,43	4 130
Total	8,69	4,07	0 21	4,35	3,19	0 27	17,40	8,23	0 40	16,01	8,31	0 49	21,75	10,58	0 54	57,93	23,09	4 147
Sig. Anova	0,164			0,000			0,003			0,094			0,000			0,003		

Tabla 9. Promedio y Desvío Estándar de Puntajes de CBCL según Cantidad de Niños en el Hogar

		ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																							
Cantidad de niños en el hogar		Problemas sexuales			Retraimiento			Quejas somáticas			Ansioso-depresivo			Problemas sociales			Problemas pensamiento								
		\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.				
1 niño		0,45	0,99	0	6	5,12	3,42	0	17	2,13	2,36	0	15	9,13	4,84	0	26	5,19	3,14	0	31	1,13	1,54	0	7
2 niños		0,47	1,10	0	8	5,16	3,58	0	17	1,70	2,07	0	12	9,16	5,26	0	26	4,86	2,95	0	14	1,21	1,57	0	11
3 - 4 niños		0,43	0,95	0	6	5,97	3,78	0	18	1,91	2,27	0	15	9,25	4,99	0	27	4,83	2,78	0	15	1,32	1,74	0	11
5 o más niños		0,52	1,19	0	11	5,87	3,75	0	17	1,60	2,12	0	14	9,00	4,81	0	28	4,81	2,93	0	22	1,09	1,74	0	10
Total		0,46	1,04	0	11	5,51	3,65	0	18	1,85	2,21	0	15	9,16	5,02	0	28	4,92	2,93	0	31	1,21	1,65	0	11
Sig. Anova		0,737		0,000			0,008			0,939			0,235			0,195									
		ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																							
Cantidad de niños en el hogar		Problemas de atención			Conducta antisocial			Agresividad			Internalizante			Externalizante			Total								
		\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.				
1 niño		8,42	4,21	0	38	4,06	2,90	0	15	17,41	7,74	1	39	15,87	8,07	0	45	21,48	9,80	2	54	57,76	22,36	11	130
2 niños		8,60	4,18	0	20	4,18	3,22	0	27	17,21	8,30	1	40	15,52	8,53	0	49	21,39	10,66	1	53	56,95	23,82	4	147
3 - 4 niños		9,01	4,13	0	21	4,47	3,26	0	20	17,30	8,31	0	40	16,57	8,35	1	45	21,76	10,73	0	54	58,79	22,43	6	130
5 o más niños		8,60	3,78	1	19	4,94	3,41	0	16	17,97	8,64	1	40	15,94	8,06	0	43	22,91	11,24	1	54	58,20	24,61	10	143
Total		8,70	4,12	0	38	4,34	3,20	0	27	17,38	8,22	0	40	16,00	8,32	0	49	21,72	10,58	0	54	57,90	23,14	4	147
Sig. Anova		0,127		0,005			0,695			0,181			0,313			0,589									

Tabla 10. Promedio y Desvío Estándar de puntajes de escalas de síndromes CBCL según Nivel de Hacinamiento

Nivel de Hacinamiento	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
	Problemas sexuales		Retraimiento		Quejas somáticas		Ansioso-depresivo		Problemas sociales		Problemas de pensamiento														
	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.									
bajo (<1,50)	0,40	0,85	0	5	4,86	3,53	0	18	1,86	2,19	0	14	9,22	5,18	0	25	4,91	3,03	0	16	1,12	1,49	0	7	
medio(1,50-2)	0,52	1,18	0	8	5,45	3,54	0	17	1,93	2,32	0	15	9,31	5,08	0	27	4,97	2,78	0	14	1,23	1,57	0	10	
alto (>2)	0,44	1,01	0	11	5,77	3,70	0	18	1,79	2,16	0	14	9,01	4,92	0	28	4,87	2,99	0	31	1,23	1,75	0	11	
Total	0,46	1,04	0	11	5,50	3,64	0	18	1,85	2,21	0	15	9,14	5,02	0	28	4,91	2,93	0	31	1,21	1,65	0	11	
Sig. Anova		0,182				0,001				0,529				0,528						0,818					0,524

Nivel de Hacinamiento	ESCALAS DE SÍNDROMES DEL CBCL																								
	Problemas de atención		Conducta antisocial		Agresividad		Internalizante		Externalizante		Total														
	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ	Mín.	Máx.									
bajo (<1,50)	8,28	4,04	0	19	4,24	3,20	0	20	17,42	8,19	0	39	15,46	8,32	1	45	21,66	10,59	1	54	57,15	23,68	9	128	
medio(1,50-2)	8,77	4,21	0	21	4,27	3,04	0	18	17,37	8,21	0	40	16,17	8,38	0	49	21,64	10,39	0	54	57,92	23,07	7	147	
alto (>2)	8,75	4,07	0	38	4,43	3,30	0	27	17,27	8,19	0	40	16,02	8,23	0	44	21,70	10,65	1	54	57,89	22,84	4	143	
Total	8,67	4,11	0	38	4,34	3,20	0	27	17,33	8,19	0	40	15,96	8,29	0	49	21,67	10,55	0	54	57,76	23,06	4	147	
Sig. Anova		0,152				0,508				0,947				0,439						0,994					0,864

cas y reflexionar acerca de las prácticas educativas que se implementan en la escuela para su abordaje. El material recogido sirve de base para articular estrategias referidas a cada niño o niña motivo de preocupación y consulta y para el desarrollo de talleres de reflexión sobre el papel del docente en su relación con los niños, las niñas y sus familias para el resguardo de su función específica.

Respecto de la población clínica de varones, tal como venimos observando (Sautu y cols., 1999, 1996) sus manifestaciones comportamentales son visibles y “ruidosas”, perturban el ambiente familiar y escolar por lo que suelen registrarse tempranamente, y con mayor frecuencia son objeto de consulta. En este estudio, los varones presentan valores más altos en el “externalizante”, en “agresividad” y en “problemas de atención”, y asociaciones estadísticamente significativas con algunas de esas escalas, todas ellas vinculadas a síndromes que suelen tener mayor visibilidad en el entorno.

Además del trabajo sostenido con los educadores que ya mencionamos, desde la perspectiva del trabajo clínico asistencial, las características del comportamiento perturbador de los varones requiere de un entrenamiento específico de los psicoterapeutas, en el sentido de un mayor desarrollo de su capacidad de contención emocional, esto es, la capacidad de tolerar la expresión de los impulsos de los niños sin responder punitiva o directivamente, sino sostener las vicisitudes del proceso terapéutico desde las intervenciones que le son específicas.

La consulta creciente por niños menores de 6 años, aunque en baja proporción, comienza a llamar la atención. Observamos que a veces se origina en la detección precoz de problemas y a veces, por el contrario, en falencias de los padres o adultos responsables para hacerse cargo y afrontar dificultades en la crianza de los niños. Lo que pocos años atrás solía observarse con frecuencia, que es la “judicialización” precoz – el sistema educativo demanda del sistema judicial la solución a problemas que no afronta desde su ámbito específico -, actualmente parece complementarse con una “patologización” de la infancia: niños muy pequeños, de nivel inicial, son derivados a tratamiento psicoterapéutico, habiendo sido precoz e inadecuadamente diagnosticados con patologías severas, desconociendo la incidencia de las pautas de crianza y de las condiciones de vida en los logros evolutivos y los efectos iatrogénicos y estigmatizantes de todo etiquetamiento.

Esta temática se incluye en los talleres que realizamos con los educadores y es de alta profundización en los grupos de orientación a los padres y adultos responsables que asistimos en el SPCN.

Merece que destaquemos que a medida que aumenta la edad del niño, se registra asociación es-

tadísticamente significativa con algunos síndromes, entre ellos el “internalizante”, por lo que cabe acentuar la necesidad de registrar la incidencia de procesos depresivos en población prepuberal, de modo de prevenir conductas autodestructivas.

El porcentaje de niños mayores de 6 años en el nivel preescolar y de mayores de 9 años cursando alguno de los tres primeros años de la escolaridad primaria da cuenta de “sobre edad”, asociada a dificultades de aprendizaje o de conducta en el ámbito escolar, o a situaciones tales como trabajo infantil encubierto, dato que recogemos de nuestras historias clínicas, de la tarea asistencial con niños y sus padres o adultos responsables y de nuestro trabajo de articulación con los educadores (Sautu y cols., 2000; Luzzi y cols., 2010). En esa misma línea, encontramos que la EDSA (Tuñón, 2010) informa que el 7.2% de los niños y adolescentes argentinos no asisten a la escuela o tienen sobre edad. El mejoramiento de los dispositivos pedagógicos y de los instrumentos didácticos sin duda reportarían beneficios en el rendimiento académico de los niños pero resultan insuficientes si no se contemplan políticas sociales que aborden los problemas sociales, económicos y culturales producto de la marginación social.

La madre, en cualquiera de sus rangos de edad, muestra ser importante. Desde hipótesis psicoanalíticas, marco teórico-clínico del SPCN y de nuestras investigaciones, la salud de madres mayores generaría preocupación en sus hijos, y en las niñas podría dar lugar a procesos de identificación con esas problemáticas de salud. Madres jóvenes, posiblemente madres “adolescentes” muchas de ellas, tendrían dificultades en la contención emocional y en el manejo de los impulsos de sus niños, condición emocional y cognitiva que también podríamos pensar respecto de los padres varones más jóvenes. En los grupos de orientación a padres o adultos responsables que asistimos en el SPCN, estas problemáticas vinculares son especialmente abordadas. Observamos que el incremento de la capacidad de reflexión del adulto sobre sí mismo y sobre sus vínculos tempranos, permite una mayor objetivación de la singularidad de la problemática del hijo y por ende, abordarla sin repeticiones patogénicas.

El nivel educativo alcanzado por las madres no registra asociaciones estadísticamente significativas con los síndromes, esto es, que el nivel de instrucción parece no incidir, al menos en la población clínica bajo estudio, en las modalidades de vínculo ni en las características de las pautas de crianza.

En cambio, es posible que el menor nivel educativo de los padres varones, al igual que su mayor juventud, afecte su capacidad para tolerar las emociones y provocaciones de los niños, favoreciendo o

teniendo dificultades en mitigar la aparición de conductas antisociales y también de manifestaciones de aislamiento y de dificultades en la socialización.

La no convivencia con ambos progenitores parece perturbar, seguramente en asociación con otros factores, entre ellos la pérdida de contacto del niño con alguno de ellos, el desarrollo saludable, particularmente en lo que respecta a la emergencia de problemas comportamentales, tal como se observa por la asociación estadísticamente significativa con algunos síndromes. Lo que registramos en nuestros grupos de orientación a padres o adultos responsables es que cuando la pareja parental está separada, el progenitor conviviente suele menoscabar la importancia del ausente en la crianza e impone su propia conflictividad por sobre las necesidades del hijo. El trabajo terapéutico en estos casos se focaliza en la toma de conciencia sobre la necesidad de recuperar y sostener del niño con ambos progenitores.

La mayor cantidad de niños en el hogar y el nivel de hacinamiento inciden en los problemas comportamentales según nuestros datos. Entendemos que las dificultades de los adultos para reconocer diferencias y particularidades entre los niños convivientes seguramente también en asociación con otros factores, favorecerían en ellos conductas de retraimiento y otras modalidades defensivas. Constituye un objetivo terapéutico de los grupos de orientación y un objetivo de reflexión en los talleres con docentes, favorecer la capacidad de mentalización (Fonagy, 2006) esto es, el desarrollo de la capacidad reflexiva que permite al adulto el reconocimiento de la singularidad de cada niño y niña y su diferenciación respecto de sí mismo.

Comentarios finales

El estudio realizado da cuenta de que las problemáticas de los niños consultantes y las características sociodemográficas de sus familias se mantienen relativamente sin variaciones durante el período estudiado, a pesar de que a lo largo de estos años ha habido cambios en las condiciones sociales, económicas y políticas en nuestro país, con impacto objetivo y subjetivo importante. Según nuestra apreciación, y también la de los educadores con los que articulamos estrategias conjuntas de abordaje de nuestra población clínica, sectores importantes han quedado excluidos del sistema educativo – y no sólo del sistema formal laboral y de salud – por lo que, es posible suponer que las características de nuestra población se mantienen estables, en la medida que se trata de segmentos sociales que, aún con dificultades y carencias, se encuentran incluidos, por lo que pueden acceder a los servicios públicos de educación y salud.

Si bien la gran mayoría de las consultas que recibimos, ya sea por demanda espontánea o por derivación del sistema escolar, judicial o de salud, formula el motivo de consulta en términos de “problemas de conducta”, nuestro estudio permite observar que los denominados “problemas de conducta” presentan en rigor manifestaciones diversas que deben categorizarse de manera diferencial, tal como veníamos registrando en investigaciones anteriores desde otras perspectivas (Slapak y cols., 2000; Luzzi, 2009). Aun cuando mayoritariamente se expresen como conductas “violentas”; es necesario identificar una variedad de caracterizaciones psicopatológicas, incluyendo las problemáticas vinculadas a procesos depresivos, que en los niños y sobre todo en las niñas prepuberales, adquieren importancia y seriedad.

Una adecuada capacitación de los educadores y un acompañamiento consecuente en el desarrollo y la evaluación de sus prácticas educativas favorecerían la detección precoz de problemas psicológicos y psicosociales en los niños y en particular en las niñas que son, según nuestro estudio, un grupo de riesgo. Enfatizamos que las manifestaciones de procesos depresivos incipientes en niñas prepuberales, la repitencia, la sobre edad, el trabajo infantil, especialmente el trabajo infantil encubierto (las tareas domésticas y el cuidado de los hermanos, a cargo de las niñas), son fenómenos preocupantes que requerirían el desarrollo de políticas específicas.

La implantación de políticas de salud en el ámbito educativo y de estrategias pedagógicas particularizadas facilitarían resolver precozmente situaciones problemáticas y evitar lamentables estigmatizaciones de diversa índole. En tal sentido, nos interesa poner foco en los sesgos de género, que deberían ser más profunda y sistemáticamente analizados y controlados al momento de diseñar políticas en salud mental y de revisar prácticas educativas.

Pensamos también que políticas de promoción de la salud, en particular de la salud materna, el diseño de programas de mejoramiento de las pautas de crianza y, en general, políticas públicas destinadas al fortalecimiento de la familia como organización social y del rol parental en la crianza redundarían en la prevención de patología en la infancia.

Reiteramos y subrayamos la necesidad de desarrollar políticas de promoción y prevención de la salud, de salud familiar y de salud escolar y también la aplicación de un recurso que consideramos de alta efectividad y eficiencia, que es la instrumentación de dispositivos de intervención temprana en los ámbitos propios y específicos de desarrollo de los niños.

Respecto de variables sociodemográficas tales como el nivel educativo de los padres y el déficit habitacional, una de cuyas expresiones es el hacinamiento,

miento, que guardan directa relación con la vulnerabilidad de los hogares estudiados, se requiere de un conjunto articulado de políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población.

Como expresáramos anteriormente, este estudio se limita a la población clínica consultante en nuestro SPCN y a su entorno familiar y educativo, que es población vulnerable. Por ello, desde nuestro punto de vista y de nuestra experiencia, pensamos que es necesario replicar estudios descriptivos desde la perspectiva epidemiológica en distintos ámbitos, para contrastar datos entre diversas poblaciones clínicas y también con poblaciones no clínicas.

Todas nuestras investigaciones tienen como eje de indagación preguntas emergentes de la práctica clínica y se complementan con estudios sobre la percepción de los educadores respecto de las problemáticas de la niñez, y sobre la capacidad de contención emocional de padres y educadores respecto de los niños bajo su responsabilidad.

Asimismo nuestras investigaciones sobre eficacia terapéutica (Luzzi y cols., 2011) permiten mejorar nuestros dispositivos de intervención clínica con niños y sus adultos responsables y nos aportan evidencias sobre los caminos a transitar en la prevención de las problemáticas psicológicas y psicosociales en la niñez.

Pensamos que, además, es necesario el desarrollo sostenido de investigaciones en salud mental sobre la población general en nuestro país, en todas las franjas etarias, para que el diseño de las políticas públicas tenga base científica.

Sería deseable que los profesionales asumiéramos como práctica de rigor, enmarcar nuestro trabajo clínico en su contexto real y contrastar nuestras inevitables apreciaciones subjetivas con los resultados de investigaciones empíricas. Ello permitiría mantenernos actualizados, interconectados y daría mayor fortaleza científica y ética a nuestras prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 & 1991 Profile* Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Fonagy, P. (2006) The Mentalization-Focused Approach to Social Development, en J.G. Allen y P. Fonagy (eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: INDEC.
- Luzzi, A. (2009) Las violencias: estrategias asistenciales y de investigación en una población clínica vulnerable. En T. Veccia, (comp.), *Problemáticas Actuales en Niños y Adolescentes*, (pp. 15-24). Buenos Aires: Pontón.
- Luzzi, A., Padawer, M., Simari, C., Prado, B., Lopardo, C., Ducos, M., Freidin, F. y Slapak, S. (2010). Observaciones de educadores y psicólogos acerca de la implementación de un instrumento de comunicación interinstitucional. *Memorias del II Congreso Internacional de Psicología*, UBA. Facultad de Psicología UBA, V.I, 369-372.
- Luzzi, A., Slapak, S., Freidin, F., Nimcowicz, D, Jaleh, M., Padawer, M., Simari, C., Prado, B., Rodoni, F. y Bardi, D. (2011, junio). Construction of a Method for evaluating the Therapeutical Efficacy of Group Psychoanalytical Psychotherapy. Trabajo presentado en el 42nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Berna, Suiza.
- Ministerio de Salud de la Nación – AUAPSI - (2007). *Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. (Informe Final)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud-AUAPSI.
- Montenegro, A. (1984). *Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago*. Santiago de Chile: UNICEF-CIDE.
- Samaniego, V.C. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un Estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad (Informe Final UBACYT)*. Buenos Aires: UBA.
- Samaniego, V.C. (2004). *Prevalencia de Trastornos Psíquicos en Población Escolar de 6 A 11 años de edad. Informe Final. Beca Ramón Carrillo - Arturo Oñativia*. Buenos Aires: Conapris-Ministerio de Salud de la Nación.
- Sautu, R., Slapak, S., Luzzi, A., Otero, M., Martínez Mendoza, R. (2000). Talleres con Docentes: Instrumento de Investigación y Dispositivo de Intervención. *Conceptualizaciones desde la Práctica*. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Montevideo. Tomo II, 141-146.
- Sautu, R., Slapak, S., Di Virgilio, M., Luzzi, A. M., Martínez Mendoza, R. (1996). Pobreza, violencia y fracaso escolar: el papel de la familia y la escuela. *Anuario de Investigaciones*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. U.B.A, 3, 530-548.
- Sautu, R., Slapak, S., Di Virgilio, M., Luzzi, A.M., Martínez Mendoza, R. (1999). Problemas de conducta y dificultades de aprendizaje entre niños pobres de Buenos Aires. *Revista Sociedad*. agosto. Facultad de Ciencias Sociales. U.B.A., 14, 79-101.
- SIEMPRO (2000). *Serie Encuesta de desarrollo Social y Condiciones de Vida (EDSA) N° 1*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A., Passalacqua, A., Menestrina, N., Simonotto, T., Padawer, M., Ramos, L. Núñez, A. (2000). Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre 6 y 12 años. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Humanidades, Lima, Vol. XVIII, 1; 5-34.*

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.; Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *Revista Psico-USF, Universidad S. Francisco, 7 (1), 67-76.*

Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A., Martínez Mendoza, R., Frylinsztejn, C., Padawer, M. (2004). Una población clínica de niños del conurbano bonaerense. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA, XI, 75-82.*

Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A.M., Martínez Mendoza, R., Canale, V., Padawer, M. (2008). Problemas comportamentales en una población clínica de niños escolarizados. Enfoque epidemiológico. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación. Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, UBA., T. I, 77- 79.

Tuñón, I. (2010). *Barómetro de la Deuda Social en la Infancia – Observatorio de la Deuda Social Argentina*. Buenos Aires: Fundación Universidad Católica y Fundación ARCOR.

Recibido: 29-11-11

Aceptado: 10-7-12

Abstract: We present the results of the study of a clinical population of 1804 children along 1999-2008 from epidemiological perspectives. The Achenbach Child Behaviour Checklist and a Socio-demographic Survey was administered to the adults in charge of the children. Results: the female clinical population has an average of total scores slightly higher than the male one. Statistically significant associations were found between some syndromes and socio-demographic variables: gender, age of children and parents, father's level of instruction, marital status of parents, the quantity of children in the family and levels of overcrowding. Discussion: we didn't found variations on the behavioural problems and on the socio-demographic variables but statistically significant associations throughout the studied period.